

2. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. Непрерывное обучение врачей – требование современной практики здравоохранения // Медицинское образование и профессиональное развитие.-2013. - №1 (11). - С.16-25.
3. Fleming, V. Стратегические направления развития сестринского дела и акушерства в Европе / V. Fleming // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7–8 окт. 2011 / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
4. Т. Гиббс, Л.В. Химион Выяснение общего анамнеза: встреча двух экспертов // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2013. - №1 (11). - С.60-69.
5. Система здравоохранения: время перемен: Нидерланды /Р. Буссе, А. Разберг.- Копенгаген, ВОЗ, 2004. - №6. - 141с.
6. Система здравоохранения: время перемен: Германия /Р. Буссе, А. Разберг.- Копенгаген, ВОЗ, 2004. - 232с.
7. Симуляционное обучение в медицине /под ред. проф. Свистунова А.А. - Москва: Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013.-288с.
8. Укрепление сестринского и акушерского дела: А64/VR/10 // Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 24 мая 2011г., Десятое пленарное заседание.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЭТАПАХ ДО И ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ УСТРАНЕНИИ ДИСКOLORИТОВ РЕСТАВРАЦИЙ ЗУБОВ**

**Новак Н. В., Байтус Н.А.**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования», г. Минск, Республика Беларусь*

Главной особенностью обучения в медицинском вузе является ярко выраженный прикладной характер приобретаемой специальности, для овладения которой необходимы клинические условия. В настоящее время проблема становления врачей-стоматологов приобретает большее значение. Современное общество предъявляет студенту и практикующему врачу-стоматологу, особые требования, среди которых важное место занимают высокий профессионализм, компетентность, активность и творчество. Процесс совершенствования подготовки будущих специалистов в условиях современного образования достаточно сложен. В обучении врача-стоматолога главный акцент сделан на подготовку специалистов, обладающих всесторонними навыками и умениями в области основных разделов стоматологии.

Значительный интерес на этапе обучения, а позднее и в практической деятельности врача-стоматолога занимает такой раздел как «Реставрационная терапия и эстетическая реставрация». Большое внимание в этом разделе уделяется непосредственно устранению дисколоритов и восстановлению цвета зубов. Дисколорит – это стойкое неестественное окрашивание поверхности зуба. В образовательных

программах не достаточно освещены основные ошибки и причины их возникновения при изготовлении реставраций, что требует дополнительной информации как для студентов, так и интернов, врачей-стоматологов.

Цель исследования: Выявить основные дефекты цвета реставраций, изготовленных из композиционного материала, и проанализировать причины их возникновения

Объект и методы исследования: Объектом исследования были 337 реставраций зубов, изготовленных врачами-стоматологами поликлиник г. Минска. Оценка качества изготовленных конструкций проводили по ЭИК (эстетический индекс качества), включающий исследование геометрической формы зуба, размеров зуба, признаков принадлежности зуба к стороне, формы десневого контура и режущего края, рельефа вестибулярной поверхности, типа прозрачности зуба, цвета зуба по шкале VITA, степени блеска эмали (наличие пережимов), наличие индивидуальных особенностей зуба, а также краевое окрашивание, наличие пор и др. [1]. Анализ изготовленных конструкций проводили на кафедре терапевтической стоматологии БелМАПО в период 2010-2012 гг.

Результаты исследования. Результаты клинической оценки реставраций свидетельствуют о том, что наибольшее количество дефектов было связано с несоответствием по типу прозрачности. Из 337 конструкций  $195 \pm 5,92$  ( $57,9 \pm 3,3\%$ ) отличались по степени opakовости. Отличие состояло в том, что реставрации были более прозрачные, чем ткани зуба и имели серый оттенок, либо были более opakовыми, чем эмаль и дентин. В этой группе встречались конструкции, в которых прозрачные слои были распределены без учета индивидуальной топографии светопроницаемых участков; opakовые режущие края, несоответствующие симметричным зубам с прозрачным режущим краем и наоборот; в зубах пациентов старшей возрастной группы со стертým режущим краем применены светопроницаемые оттенки, выделяющие реставрации из зубного ряда.

Существенную группу ошибок составили конструкции, отличающиеся по светлости:  $138 \pm 4,1$  ( $41,0 \pm 2,1\%$ ) пломб были светлее или темнее, чем естественные ткани зуба. При этом несоответствующий оттенок мог располагаться в пришеечной, проксимальной или экваторной области.

Значительное количество реставраций отличались по цветовому тону. У  $94 \pm 2,2$  ( $27,9 \pm 0,98\%$ ) зубов был неправильно воссоздан оттенок цвета, пломбы не соответствовали цветовой группе по шкале VITA.

Одним из распространенных дефектов был заметный оптический переход пломбы в зуб. Белесоватая полоса на границе «пломба-зуб» была отмечена у  $88 \pm 1,94$  ( $26,0 \pm 0,94\%$ ) реставраций.

При оценке критерия «краевое окрашивание» пигментированная кайма была отмечена в  $71 \pm 1,86$  ( $21,0 \pm 0,89\%$ ) случае. Чаще всего окрашенная граница локализовалась в пришеечной и проксимальной областях реставраций. В некоторых случаях пигментация была поверхностной и устранить дефект удавалось с помощью полировки.

Одну из групп конструкций, отличающихся передачей цвета, составили работы, в которых отсутствовали индивидуальные особенности зуба такие, как пятна гипоплазии, линии гипоминерализации, трещины, окрашенные фиссуры, кольца стираемости. Исследования показали, что  $61 \pm 1,7$  ( $18,1 \pm 0,78\%$ ) реставрация не имела индивидуальных особенностей, соответствующих симметричному и рядом стоящему зубу.

Исследование области режущего края выявило, что у  $50 \pm 1,4$  ( $14,8 \pm 0,71\%$ ) конструкций не был воссоздан рисунок подлежащего дентина (мамелонов) или он не соответствовал симметричному зубу. Среди выделенной группы осложнений встречались реставрации, в которых мамелоны были намного выше уровня режущего края или погружались в него, что не совпадало с симметричным зубом. В некоторых работах было отмечено несоответствие ширины и высоты треугольных вырезов между мамелонами, а также количества пальцеобразных выступов дентина рядом со стоящим зубом.

Поры, локализованные в пломбировочном материале были зарегистрированы в  $30 \pm 1,0$  ( $8,9 \pm 0,6\%$ ) пломб. При этом дефекты, находящиеся в глубине в композита, имели белесоватый оттенок, а поверхностные были пигментированы. И те, и другие влияли на цвет и прозрачность реставрации.

Просвечивание не удаленных в процессе препарирования некротизированных тканей встречалось в  $24 \pm 0,9$  зубах, что соответствовало  $7,1 \pm 0,53\%$ .

Изменение цвета реставраций наблюдали также при использовании металлических штифтов, применяемых для улучшения фиксации пломб. Слабая маскировка штифта, способствующая приобретению конструкцией сероватого оттенка, отмечена у  $17 \pm 0,5$  ( $5,0 \pm 0,3\%$ ) реставраций.

Выводы. Таким образом на основании полученных данных можно утверждать о достаточно высоком проценте существующих дисколоритов реставраций зубов, что требует более углубленного изучения данного вопроса на этапах как до-, так и последипломного образования с целью профилактики возникновения возможных ошибок.

Литература:

1. Луцкая И.К. «Критерии оценки эстетических реставраций» /И.К. Луцкая, Н.В. Новак, Т.Н. Запашник, В.П. Ковецкий // Инструкция по применению МЗ РБ № 078-0906 от 27 июня 2007г.